Artigo original

Alexitimia e adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Alexithymia and adherence to antihypertensive treatment

Lígia Melo Vidal[1]; Jéssica Vieira Freire Fonseca[1]; Jonathan Adriano Silva Porto[1]; Lucas Leopoldino Resende de Oliveira[1]; Renata Diniz Oliveira Campos[1]; Carlos Eduardo Leal Vidal[2]

1 – Graduandos de Medicina - Faculdade de Medicina de Barbacena – Barbacena, Minas Gerais.
2 – Psiquiatra – Faculdade de Medicina de Barbacena – Barbacena - Minas Gerais.

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Barbacena, Minas Gerais.

Autor para correspondência: Carlos Eduardo Leal Vidal. Email: celv@uol.com.br
Telefone para contato: (32) 99983-5384.
https://orcid.org/0000-0002-9766-5847

Rua Professor Vasconcelos, 467. Bairro Chácara das Andorinhas. Barbacena/MG. CEP: 36205-238.

RESUMO

Objetivo. Verificar a relação entre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a presença de alexitimia. Métodos. Estudo transversal, realizado com hipertensos do município de Barbacena – Minas Gerais. Foram empregadas duas escalas: Escala de Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo e Escala de Alexitimia de Toronto. Foram utilizados o teste de qui-quadrado e o teste t de Student. A correlação entre as duas escalas foi verificada por meio do Coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5%. Resultados. A amostra foi composta majoritariamente por indivíduos do sexo feminino (68,2%), casados (64,6%), com pouca escolaridade (82%) e renda média baixa. Quase a metade dos participantes (46,4%) apresentou escores indicativos da presença de alexitimia. Não foi observada correlação estatisticamente significativa entre adesão ao tratamento da hipertensão arterial e a presença de alexitimia. No entanto, baixa adesão e escores elevados sugestivos de alexitimia foram mais observados em indivíduos com baixa escolaridade e baixa renda. Conclusão. Apesar de não ter sido encontrada correlação entre as duas condições pesquisadas, verificou-se prevalência elevada de alexitimia na amostra estudada, sugerindo a realização de estudos prospectivos com maior tamanho amostral para determinar, de forma mais robusta, a existência de tal relação.

Palavras-chave: Hipertensão. Sintomas afetivos. Cooperação e adesão ao tratamento. Saúde pública.

ABSTRACT

Objective. To verify the relationship between adherence to antihypertensive treatment and the presence of alexithymia. Methods. Cross-sectional study, conducted with hypertensive in the city of Barbacena - Minas Gerais. Two scales were used, the Antihypertensive Treatment Adherence Scale (QATHAS) and the Toronto Alexithymia Scale (TAS). The existence of the relationship between the variables studied was assessed by the chi-square test and the Student t test. To verify the correlation between the two scales, the Spearman correlation coefficient was used. The adopted significance level was 5%. Results.The sample consisted mainly of females (68.2%), married (64.6%), low education (82%) and low average income. Almost half of the participants (46.4%) had scores indicating the presence of alexithymia. Only 5.1% of the individuals assessed me't the criteria of high adherence to hypertension treatment. No statistically significant correlation was observed between adherence to hypertension treatment and the presence of alexithymia. However, low adherence and high scores suggestive of alexithymia were more observed in individuals with low education and low income. Conclusion. Although no correlation was found between the two conditions surveyed, there was a high prevalence of alexithymia in the study sample, suggesting that prospective studies with a larger sample size should be conducted to more robustly determine the existence of such relation.

Keywords: Hypertension. Affective Symptoms. Treatment Adherence and Compliance. Public Health.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica de origem multifatorial e caracterizada por níveis pressóricos sustentados maiores ou iguais a 140 e/ou 90 mmHg. A doença frequentemente leva a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, estando associada a diversos desfechos desfavoráveis como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica.[1] A HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos no Brasil, com prevalência entre 20 a 35%, variando de acordo com a população estudada e o método de avaliação.[1,2,3]

O tratamento da HA envolve o uso de medicação e medidas não farmacológicas, como, por exemplo, a prática de atividades físicas e mudanças dietéticas. No entanto, como é uma doença crônica que requer tratamento medicamentoso e não medicamentoso por toda a vida, o cumprimento das medidas terapêuticas nem sempre é seguido[4,5,6]. Em geral, a adesão ao tratamento de doenças crônicas é baixa, situando-se em torno de 50%[6], e parece ser menor no caso da hipertensão arterial.[3,7] Dados nacionais[1], por exemplo, revelaram que entre indivíduos adultos, 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada (< 140/90 mmHg). Idade avançada, obesidade e baixo nível educacional mostraram-se associados a menores taxas de controle.

A não-adesão é classicamente considerada um fenômeno complexo e multideterminado, influenciado por dimensões sociais, culturais, econômicas, religiosas, sintomas referidos e nível de conhecimento sobre a doença. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)[6], a adesão ao tratamento é definida como o grau em que o paciente segue as recomendações prescritas, como o uso correto da medicação e mudanças nos hábitos de vida. Vários modelos teóricos sobre adesão já foram propostos, envolvendo as perspectivas biomédica, comportamental, comunicacional, cognitiva e de auto-regulação[6].

No processo de adesão deve-se considerar a vontade do indivíduo em participar e colaborar no tratamento, bem como seus hábitos, sentimentos, posicionamentos e os efeitos psicológicos relacionados ao adoecimento[8]. Outras variáveis também associadas à adesão implicam o comportamento dos profissionais, o acesso aos serviços de saúde, os custos do tratamento, a disponibilidade dos medicamentos, a presença de transtornos mentais (TM) e fatores de ordem psicossocial.[3]

Esses últimos aspectos citados, TM e estressores psicossociais, além de relacionados à baixa adesão ao tratamento, também estão associados à ocorrência da hipertensão. Vários estudos verificaram a associação de sintomas psicológicos e comportamentais como depressão, ansiedade, irritabilidade, obesidade, tabagismo e abuso de álcool com a ocorrência de hipertensão arterial.[9,10,11,12]

Junto aos fatores acima, anormalidades do processamento emocional, como a alexitimia, também foram associados à hipertensão arterial[12,13,14,15,16,17], e podem interferir na adesão ao tratamento[17]. A alexitimia compreende a condição na qual o indivíduo apresenta prejuízo na capacidade de fantasiar e na capacidade de identificar as próprias emoções e a de outros.[12,13] Acredita-se que essas características reflitam déficits no processamento cognitivo e na regulação das emoções, contribuindo para o surgimento ou manutenção de vários distúrbios médicos e psiquiátricos[17]. A prevalência mundial de portadores de alexitimia varia de 10 a 13% na população geral, sendo mais observada em indivíduos que pertencem aos estratos socioeconômicos inferiores e com baixo nível educacional. A alexitimia está associada à excitação fisiológica aumentada e pode exacerbar respostas no sistema autonômico e neuroendócrino, resultando em doenças somáticas[14]. Foi primeiramente descrita em pacientes portadores das doenças psicossomáticas clássicas e estudos posteriores confirmaram sua presença em extensa lista de condições médicas como artrite reumatóide, hipertensão arterial, úlcera péptica, síndrome do intestino irritável, diabetes, obesidade, dor crônica, doenças cardiovasculares, câncer de mama, dependência de substâncias, ansiedade e depressão, dentre outras[17].

Considerando que fatores emocionais estão associados, em maior ou menor grau, com a ocorrência de hipertensão arterial e que também influenciam o seguimento das medidas terapêuticas, este estudo teve como objetivo investigar a relação entre alexitimia e adesão ao tratamento em pacientes portadores de Hipertensão Arterial atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Barbacena, MG.

MÉTODOS

Estudo com delineamento transversal, realizado em 2018 em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Barbacena, que tem população aproximada de 140.000 habitantes. As UBS constituem a porta de entrada da rede de atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, onde são realizados atendimentos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. A cidade conta com 15 UBS. Como a população assistida pelo SUS na cidade de Barbacena é homogênea quanto à sua distribuição geográfica, não há diferenças significativas nas características socioeconômicas dos grupos que são atendidos nas diferentes unidades, sendo selecionadas quatro UBS, de forma aleatória, para a realização do presente estudo. A amostra foi calculada considerando-se prevalência média nacional de 22% de hipertensos[1], nível de significância de 5% e poder de 80%, o que totalizou 260 indivíduos.

Instrumentos de medida

- Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale – TAS)

Trata-se de instrumento de auto-avaliação criado em 1985 por Taylor, Ryan e Bagby[18], idealizado para medir o grau de alexitimia. A escala, do tipo Likert, varia de um (discordo inteiramente) a cinco pontos (concordo plenamente). Os escores totais da escala original variam entre 26 e 130, sendo que para escores acima de 74 (inclusive) o sujeito é considerado alexitímico e menores de 62 (inclusive) é considerado não alexitímico. Pacientes com pontuação entre 63 e 73 são considerados neutros. Na sua versão original, a escala demonstrou boas propriedades psicométricas[19].

O estudo de validação da escala para o contexto brasileiro demonstrou boa consistência interna (alfa de Cronbach = 0,72) e precisão de teste e reteste (r = 0,72). Os autores realizaram análise fatorial da escala, a qual sugeriu que um modelo de três fatores pode ser mais adequado para populações clínicas. Os itens do primeiro fator estão associados à habilidade para identificar os sentimentos e distingui-los de sensações corporais. Os itens do segundo fator estão relacionados a um estilo concreto de pensamento. Os itens do terceiro fator relacionam-se à habilidade de exprimir afetos e fantasias. O resultado final do processo de validação sugeriu que a versão da TAS para população clínica brasileira compreenda

apenas 22 itens, considerando-se como portadores de alexitimia aqueles indivíduos com pontuação acima de 63 (inclusive) e os não alexitímicos com escore total abaixo de 52 (inclusive). Aqueles que alcançaram pontuação entre 53 e 62 foram considerados neutros e não incluídos na análise estatística.[19]

- Escala de Adesão ao Tratamento Anti-hipertensivo (QATHAS)

Trata-se de instrumento elaborado e validado no Brasil[4,5], construído com base na Teoria de Resposta ao Item (TRI) e que se mostrou adequado para avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, pois consegue diferenciar os indivíduos com alta adesão daqueles com baixa adesão. O coeficiente alfa (α) de Cronbach do QATHAS foi de 0,81. No estudo original o QATHAS mostrou-se melhor para medir a baixa adesão ao tratamento do que a alta adesão.

A escala possui 12 itens e o nível de adesão varia de 60 a 110, sendo que hipertensos com menor adesão atingem pontuação igual a 60, enquanto os mais aderentes situam-se no nível 110. Esses valores são obtidos por cálculos matemáticos que se utilizam dos parâmetros dos itens e de uma constante (K), os quais são realizados em endereço eletrônico disponibilizado pelos autores da escala (http://www.qathas.com.br/). Neste endereço, cada profissional ou pesquisador pode digitar as respostas dos usuários atendidos e visualizar o nível da escala em que cada respondente está situado.

Além dos dois instrumentos, os participantes responderam a questões relacionadas a variáveis socioeconômicas e clínicas. As variáveis independentes investigadas foram: sexo, idade, renda (em salários-mínimos), escolaridade, profissão, estado civil, número de pessoas na residência, altura, medida de pressão arterial e da circunferência abdominal.

Procedimentos

O questionário foi aplicado pelos autores, devidamente treinados para a aplicação dos instrumentos. Foi feito estudo piloto com alguns pacientes, selecionados de forma aleatória, para verificar o grau de concordância entre os avaliadores (Kappa=0,76). Cada UBS selecionada disponibilizou acesso a 70 pacientes hipertensos, listados previamente pelos agentes de saúde e/ou enfermeiros, de maneira aleatória. As entrevistas foram realizadas ao longo de 12 meses, priorizando a busca ativa nas residências dos selecionados que foram notificados antecipadamente sobre a visita dos pesquisadores; aqueles participantes não localizados nas suas moradias foram entrevistados nas UBS.

Análise estatística

Os dados de cada participante foram digitados em planilhas do programa Excel e analisados no software SPSS versão 17.0. Foi realizada estatística descritiva para caracterização da amostra segundo variáveis de interesse do estudo e construídas tabelas para distribuição de frequências, médias, medianas e desvio-padrão para cada variável. Foram utilizados testes de associações como o teste do qui-quadrado e o teste de Fischer para variáveis categóricas, além do teste t de Student para variáveis contínuas. Para verificar o grau de correlação entre as duas escalas foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Foram avaliados 250 pacientes portadores de hipertensão arterial, sendo 68,2% do sexo feminino. A média de idade foi de 65,2±11,1 anos, variando de 28 a 86 anos. A maioria da amostra foi composta por indivíduos casados (64,6%), com baixa escolaridade (82%) e renda média de R$1628,00. Quase metade dos participantes (46,4%) apresentou escores indicativos da presença de alexitimia. Em cerca de 80% dos indivíduos avaliados verificaram-se índices satisfatórios de adesão, mas apenas 5,1% se enquadraram nos critérios de alta adesão ao tratamento da hipertensão. Mesmo assim, 32,4% dos indivíduos estavam com níveis pressóricos elevados no momento da entrevista. Esses dados estão exibidos na Tabela 1.

Tabela 1 - Características clínicas e sociodemográficas da amostra, Barbacena, MG, 2018.

		Frequência	Percentil
Sexo	Feminino	168	**67,2**
	Masculino	82	**32,8**
Estado civil	Casado	118	**64,6**
	Não casado	132	**35,4**
Profissão	Aposentados	119	**47,6**
	Do lar	67	**26,8**
	Outros	64	**25,6**
Escolaridade	< 9 anos	205	**82**
	>9 anos	45	**18**
Pressão arterial	Normotenso	81	**32,4**
	Hipertenso	169	**67,6**
Adesão ao tratamento anti-hipertensivo	70 a 80	2	**1**
	80 a 90	36	**18,5**
	90 a 100	90	**46,2**
	100 a 110	57	**29,2**
	> 110	10	**5,1**
Alexitimia	Sim	116	**46,4**
	Não	46	**18,4**
	Não classificado	88	**35,2**

Observou-se também que indivíduos com níveis pressóricos elevados no momento da aferição tiveram escores mais elevados no questionário de alexitimia do que os pacientes normotensos, apesar dessa diferença não ter sido estatisticamente significante.

Globalmente, não foi observada correlação entre a presença de alexitimia e adesão ao tratamento da HA. No entanto, baixa adesão e escores elevados sugestivos de alexitimia foram mais observados em indivíduos com baixa escolaridade, apesar das diferenças não terem sido estatisticamente significativas, conforme disposto na Tabela 2. Correlação negativa moderada (r= -0,341; p=0,041) foi verificada para a faixa etária de 28-49 anos, com maiores escores de alexitimia associados com baixa adesão ao tratamento. Considerados separadamente, a análise comparativa dos participantes de acordo com a presença ou não de alexitimia mostrou correlação positiva fraca (r= 0,137) entre maior adesão e ausência de alexitimia. E, ao contrário, observou-se correlação negativa fraca (r= -0,126) entre indivíduos portadores de alexitimia e baixa adesão ao tratamento. Esses achados, entretanto, não foram estatisticamente significantes. Foi encontrada também correlação negativa fraca entre renda e a

presença de alexitimia (r= -0,269; p<0,001).

Tabela 2 – Características da amostra de acordo com variáveis sociodemográficas e clínicas e a presença de alexitimia, Barbacena, MG, 2018.

		ALEX -		ALEX +		Valor P
		Frequência	Percentil	Frequência	Percentil	
Sexo	Feminino	26	23,2	86	76,8	0,029
	Masculino	20	40	30	60	
Idade	28 - 49	5	25	15	35	0,102
	50-69	19	22,4	66	77,6	
	>70	22	38,6	35	61,4	
Escolaridade	< 9 anos	39	29,1	95	70,9	0,661
	> 9 anos	7	25	21	75	
Estado Civil	Casado	24	30,4	55	69,6	0,585
	Não Casado	22	26,5	61	73,5	
Pressão Arterial	Normal	13	27,7	34	72,3	0,894
	Hipertenso	33	28,7	82	71,3	
IMC	Normal	12	27,9	31	72,1	0,618
	Sobrepeso	20	25,6	58	74,4	
	Obesidade	14	34,1	27	65,9	
QATHAS	70-79	0	0	3	100	0,675
	80-89	7	28	18	72	
	90-99	20	26,3	56	73,7	
	100-109	18	34	35	66	
	≥ 110	1	20	4	80	

QATHAS: Questionário de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica
IMC: índice de massa corpórea
ALEX: alexitima

Alexitimia foi mais observada nas mulheres e, observou-se ainda, correlação significativa (p=0,029) entre o IMC e o sexo, com maior prevalência de sobrepeso e obesidade entre as mulheres, vide Tabela 3.

Tabela 3 – Características da amostra de acordo com o sexo e variáveis sociodemográficas e clínicas, Barbacena, MG, 2018.

		Feminino		Masculino	
		Frequência	Percentil	Frequência	Percentil
Alexitimia	Sim	86	51,2	30	36,6
	Não	26	15,5	20	15,5
	Não classificado	56	33,3	32	33,3
Idade	28 - 49	20	11,9	7	8,5
	50-69	96	57,1	47	57,3
	>70	52	31,0	28	34,1
Escolaridade	< 9 anos	135	80,4	70	85,4
	> 9 anos	33	19,6	12	14,6
Estado Civil	Casado	71	42,3	47	57,3
	Não casado	97	57,7	35	42,7
IMC	Normal	36	21,4	37	45,1
	Sobrepeso	75	44,6	33	40,2
	Obesidade	57	33,9	12	14,6
Pressão Arterial	Normotenso	116	69,6	52	63,4
	Hipertenso	52	30,4	30	36,6
QATHAS	70-79	2	1,2	2	2,4
	80-89	33	19,6	10	12,2
	90-99	77	45,8	38	46,3
	100-109	47	28,0	32	39
	≥ 110	9	5,4	0	0

QATHAS: Questionário de adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica
IMC: índice de massa corpórea

DISCUSSÃO

A adesão ao tratamento em doenças crônicas, principalmente o da HA, tem sido alvo de pesquisas devido a importantes e frequentes consequências dos quadros não tratados, tanto na qualidade de vida dos pacientes quanto nos gastos financeiros despendidos pelo sistema de saúde, já que cursam com alta prevalência na população[3,4,5,6].

No presente estudo, apesar da elevada ocorrência de alexitimia observada entre os participantes, não foi verificada correlação com a adesão ao tratamento da HA. A ausência de correlação pode estar relacionada ao fato de ter sido utilizada amostra clínica, constituída por pacientes sabidamente hipertensos e que faziam controle pressórico periódico e regular nas respectivas UBS. Tal controle é realizado por meio do programa HiperDia do Ministério da Saúde (MS), que faz o acompanhamento de portadores de HA e/ou Diabetes Mellitus (DM) atendidos na rede ambulatorial do SUS, e distribui medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados[20].

De fato, estudos recentes evidenciaram que a aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico na HA foi maior em sujeitos submetidos à intervenção de programas de educação sobre modificações no estilo de vida, e que o entendimento da doença propiciava condições mais favoráveis para um controle otimizado da pressão arterial e maior adesão ao tratamento.[21,22]

No entanto, durante a realização das entrevistas, observou-se que muitos pacientes não entendiam a HA como uma doença deletéria ao organismo, exceto aqueles que foram diagnosticados a partir de um pico hipertensivo ou outra manifestação clínica mais grave da doença. Foi identificado, também, que a maioria dos pacientes não tinha conhecimento sobre os possíveis desfechos e complicações da doença.

A associação entre hipertensão arterial e a presença de fatores emocionais é conhecida há décadas[12] e novos trabalhos apontam para a relação existente entre o processamento emocional e a ocorrência de alterações pressóricas[12,22,23]. Existe alguma evidência de que indivíduos portadores de alexitimia apresentam maior excitação simpática e cardiovascular em repouso quando comparados a controles[17]. Os estudos que abordam diretamente essa relação ainda são incipientes, mas uma avaliação do impacto do perfil psicológico na adesão ao tratamento indicou que a baixa aderência tem associação com desordens de somatização, como a alexitimia[22].

No que diz respeito à renda e escolaridade, foram encontradas associações, já demonstradas em outros estudos, como a correlação entre baixa renda e/ou baixa escolaridade com fraca adesão ao tratamento, e entre baixa escolaridade e/ou baixa renda com escores sugestivos de alexitimia, reforçando os resultados encontrados nesse trabalho em que mais de 80% dos alexitimicos possuiam baixos níveis de escolaridade[24,25,26,27].

De maneira geral, quase metade da população pesquisada apresentou escores sugestivos de alexitimia, sendo a amostra composta predominantemente por mulheres com mais de 60 anos. Este resultado condiz com estudos que mostraram incidência mais elevada de alexitimia em mulheres e em indivíduos idosos[28,29]. Consoli *et al.* (2010) encontraram forte associação entre a ocorrência de alexitimia, faixa etária elevada e baixa escolaridade30.

Outro achado do estudo, não compreendido no objetivo principal, envolve a relação significativa entre IMC e o sexo, indicando uma prevalência de sobrepeso e obesidade entre as mulheres. Tal dado, sustentado por trabalhos prévios[30], é importante de ser abordado devido à forte associação existente entre valores de IMC elevados e o aumento do risco de eventos cardiovasculares negativos. Um estudo[31] encontrou associação discreta entre pressão arterial e alexitimia mediada por fatores de estilo de vida, principalmente pelo maior peso corporal.

Todarello (1995) descreveu que pacientes hipertensos (55%) são frequentemente mais alexitímicos que pacientes com outra doença psiquiátrica associada (33%) ou com ausência de doenças (16%)[32]. Outro estudo, publicado há 20 anos[31], verificou associação entre alexitimia e hipertensão arterial, independentemente da presença de outros fatores pesquisados como alta ingestão de sódio, bebidas alcoólicas, atividade física e IMC. A elevada prevalência de alexitimia observada em pacientes hipertensos foi também verificada no presente estudo.

Uma das principais limitações do estudo foi o fato de se avaliar uma amostra clínica, composta por pacientes que tinham acesso à equipe de saúde e a medicamentos, não sendo representativos dos portadores de HA na população geral. Entende-se que indivíduos diagnosticados como hipertensos e que participam de programas de tratamento podem diferir psicologicamente daqueles cuja condição permanece indetectável ou que não recebam suporte profissional.

A despeito de não ter sido encontrada correlação entre adesão ao tratamento da HAS e a presença de alexitimia, os autores perceberam, no contato informal com os pacientes durante a execução das atividades de campo, indícios sugestivos da existência de tal associação. Tal fato pode estar relacionado à aplicação ou às características dos instrumentos utilizados. Apesar de ambos exibirem propriedades psicométricas adequadas, muitos pacientes relataram grau considerável de dificuldade na compreensão das questões formuladas.

Sugere-se que estudos prospectivos, com maior tamanho amostral e talvez com outros instrumentos de avaliação, sejam necessários para determinar, de forma mais robusta, se existe relação entre as duas condições estudadas. Além disso, determinar se a alexitimia poderia ser um fator de risco predisponente ou mesmo independente para a ocorrência da hipertensão arterial e para a adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Malachias MVB, Souza WKSB, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arqui. Bras. de Cardio. 2016; 107(3Supl.3):1-83
2. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Riegel G, Fuchs SC. Trends in prevalence of hypertension in Brazil: a systematic review with meta-analysis. PloS One. 2012; 7(10): e48255.
3. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. Cad. Saúde Pública. 2010; 26(12): 2389-398.
4. Rodrigues MTP. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: desenvolvimento de um instrumento avaliativo com base na Teoria da Resposta ao Item (TRI) [Tese de doutorado]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2012.
5. Rodrigues MTP, Moreira TMM, Andrade DF. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. Rev. Saúde Pública. 2014; 48(2): 232-240.

6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
7. Scala LC, Magalhães LB, Machado A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. 780-785.
8. Bezerra ASM, Lopes JL, Barros ALBL. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. Rev. Bras. Enferm. 2014; 67(4):550-55.
9. Rutledge T, Hogan BE. A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. Psychosomatic Med. 2002; 64(5):758–66.
10. Player MS, Peterson LE. Anxiety disorders, hypertension and cardiovascular risk: a review. Int J Psychiatry in Medicine. 2011;41(4):365-77.
11. Stein DJ, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Bruffaerts R, Jonge P, Liu Z. Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension. Gen Hosp Psychiatry. 2014; 36(2):142–149.
12. Consoli SM, Lemogne C, Roch B, Laurent S, Plouin P, Lane RD. Differences in Emotion Processing in Patients With Essential and Secondary Hypertension. Am J Hypertens. 2010; 23(5):515-21.
13. Luminet O, Rokbanic L, Ogezc D, Jadoulle V. An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in women with breast cancer. J Psychosomatic Res. 2007; 62(6): 641-48.
14. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: the state of art. Int J of Dermat. 2008; 47(9):903-10.
15. Vieira RVA, Vieira DC, Gomes WB, Gauer G. Alexithymia and its impact on quality of life in a group of Brazilian women with migraine without aura. J Headache Pain. 2013; 14(1):18.
16. Freire L. Alexitimia: Dificuldade de expressão ou ausência de sentimento? Uma análise teórica. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2010; 26(1):15-24.
17. Lumley MA, Neely LC, Burger AJ. The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. J Pers Assess. 2007; 89(3): 230-46.
18. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. Psychotherapy Psychosom. 1985; 44(4):191-99.
19. Yoshida EMP. Validade da versão em português da Toronto Alexithymia Scale-TAS em amostra clínica. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2007; 20(3): 389-396.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: 2002.
21. Roldan PC, Ho GY, Ho PM. Updates to adherence to hypertension medications. Curr Hypertens Rep. 2018; 20(4):34.
22. Georgiopoulos G, Kollia Z, Katsi V, Oikonomou D, Tsioufis C, Tousoulis D. Nurse's Contribution to Alleviate Non-adherence to Hypertension Treatment. Curr Hypertens Rep. 2018; 20(8):65.
23. Berg SK, Rasmussen TB, Thrysoee L, Thorup CB, Borregaard B, Christensen AV *et al*. Mental health is a risk factor for poor outcomes in cardiac patients: Findings from the national DenHeart survey. J Psychosom Res. 2018; 112:66–72.
24. Petit G, Berra E, Georges CMG, Capron A, Huang QF, Lopez-Sublet M *et al*. Impact of psychological profile on drug adherence and drug resistance in patients with apparently treatment-resistant hypertension. Blood Press. 2018; 27(6): 358-367.
25. Torres S, Guerra MP, Lencastre L, Vieira F, Roma-Torres A, Brandão I. Prevalência da alexitimia na anorexia nervosa e sua associação com variáveis clínicas e sociodemográficas. J. Bras. Psiquiatr. 2011; 60(3): 182-89.
26. Eboni ACB, Cardoso M, Dias FM, Gama PD, Gomes S, Gonçalves MVM *et al*. High levels of alexithymia in patients with multiple sclerosis. Dement. Neuropsychol; 2018; 12(2): 212-215.
27. Willemsen R, Roseeuw D, Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: the state of the art. Int. J. Dermatol. 2008; 47(9):903–10.
28. Tartaglini MF, Dillon C, Hermida PD, Feldberg C, Somale V, Stefani D. Prevalence of Geriatric Depression and Alexithymia and their association with sociodemographic characteristics in a sample of elderly persons living in Buenos Aires, Argentina. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2017; 20(4):516-24.
29. Martins MRI, Cunha AMR, Forni JEN, Junior RS, Dias LC, Araujo Filho GM. Autopercepção da qualidade de vida e identificação da alexitimia em pacientes com síndrome da falha cirúrgica. Rev. Dor. São Paulo. 2017; 18(1):23-26.
30. Consoli SM, Lemogne C, Roch B, Laurent S, Plouin PF, Lane RD. Differences in Emotion Processing in Patients With Essential and Secondary Hypertension. Am J Hypertens. 2010; 23(5):515-21.
31. Jula A, Salminen JK, Saarijärvi S. Alexithymia. A facet of essential hypertension. Hypertension. 1999; 33(4):1057–61.
32. Todarello O, Taylor GJ, Parker JD, Fanelli M. Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. J Psychosom Res. 1995; 39(8):987-94.